BEITRÄGE

ZUR

CASUISTIK DER CHOLELITHIASIS

VON

DR. J. KRAUS
IN KARLSBAD.

Separatabdruck aus der Prag. Med. Wochenschrift Nr. 10, 11, 12.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
LIBRARY

PRAG.
Selbstverlag des Verfassers. — Druck von Rohlíček und Sievers.
1881.

Separatabdruck aus der Prager Medicinischen Wochenschrift 1881. Nr. 10—12.

Beiträge zur Casuistik der Cholelithiasis.

Von Dr. J. Kraus in Karlsbad.

Von der Zeit angefangen, wo zum ersten Male das Vorkommen von Gallensteinen beim Menschen constatirt wurde, ist diesem pathologischen Zustande von den prakt. Aerzten und mit der zunehmenden Entwicklung der pathologischen Anatomie auch von den pathol. Anatomen eine besondere Aufmerksamkeit zugewendet worden und ist demzufolge die Literatur gerade dieses Theiles der Pathologie eine ausserordentlich reiche und erschöpfende. Englische, französische und deutsche Autoren*) haben sich in dieser Beziehung gleich grosse Verdienste erworben.

So ausgezeichnet und verdienstvoll aber auch die bisherigen Mittheilungen und Bearbeitungen über Cholelithiasis sein mögen, in wie vielen Punkten sie auch übereinstimmen und zu gleichen Schlüssen führen: so gibt es doch auch berechtigte, divergirende Ansichten, die ihrerseits wieder von späteren Forschern, mit Zuhilfenahme weiterer am Krankenbette und am Secirtische gesammelter und mitgetheilter Beobachtungen auf ihren inneren Werth geprüft und eventuell acceptirt werden können. —

Dies ist Ein Gesichtspunkt, der mich zur Veröffentlichung meiner Arbeit bewogen hat; ein zweiter ist der, das in Orten

*) Unter den Letzteren namentlich Frerichs und in jüngster Zeit Schüppel, der diesen Gegenstand im v Ziemssen'schen Sammelwerke in umfassender Weise besprochen und klar. gelegt hat.

wie Marienbad, Vichy und ganz besonders in Karlsbad der Zusammenfluss von Gallensteinkranken ein ausserordentlicher und daher die Gelegenheit zu einschlägigen Beobachtungen eine weit grössere ist, als an den Kliniken oder in der Privatpraxis. und wenn auch unsere Beobachtungen weder auf klinische Genauigkeit noch auf unbedenkliche Anerkennung Anspruch machen wollen: so finden sie doch in ihrer Masseuhaftigkeit eine unläugbare Berechtigung von den Pathologen einer eingehenden Prüfung und eventuellen Verwerthung unterzogen zu werden.

Ich habe zunächst die von mir innerhalb des letzten Decenniums (1871—1880) behandelten Fälle von Cholelithiasis schematisch zusammengestellt; dann einige besonders interessante Fälle, so weit mir deren Verlauf bekannt ist mitgetheilt und hieran jene Reflexionen geknüpft, die ich aus meinen gesammten Beobachtungen geschöpft habe.

Uebersichtstabelle der von mir innerhalb 10 Jahren behandelten Gallensteinkranken.

	von 20 bis 30 Jahren		von 30 bis 40 Jahren		von 40 bis 50 Jahren		von 50 bis 60 Jahren		von 60 bis 70 Jahren		über 70 Jahre		Summa	
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.
1871	—	1	1	3	3	2	2	2	1	—	—	—	7	8
1872	—	8	4	6	4	12	2	5	—	1	—	1	10	33
1873	—	3	5	8	9	11	4	1	—	1	—	—	18	24
1874	1	5	6	11	8	12	8	4	—	1	—	—	23	33
1875	—	5	6	12	11	18	5	10	1	—	—	—	23	45
1876	1	3	6	15	12	22	12	5	4	2	—	—	35	47
1877	2	3	5	17	17	13	9	7	1	2	1	—	35	42
1878	3	—	5	20	11	30	11	4	3	2	—	—	33	56
1879	—	5	10	26	7	23	12	11	3	4	—	—	32	69
1880	2	6	7	27	18	31	13	17	7	5	—	1	47	90
Summa	9	39	55	145	100	177	78	66	20	18	1	2	263	447

Diese Zusammenstellung lässt folgende Schlüsse zu:

1. Im Durchschnitte ist die Anzahl weiblicher Kranken grösser, als die der männlichen und stellt sich das Verhältniss annähernd wie 5 : 3.

2. Beim weibl. Geschlechte fallen die meisten Erkrankungen zwischen dem 30. und 50., beim männlichen zwischen dem

40. und 60. Jahre u. zw. für beide Geschlechter nahezu $\frac{2}{3}$ aller Erkrankungen.

3. Es ist mir kein Fall von Cholelithiasis unter 20 resp. unter 21 J. vorgekommen, was für die Aetiologie wohl zu beachten ist.

4. Auf das Alter zw. 60 und 70 J. entfallen 5,4% aller Fälle, bei annähernd gleichem Durchschnitte für beide Geschlechter.

5. Ueber 70 J. ist das Percentualverhältniss ein verschwindendes u. zw. aus naheliegenden Gründen.

6. Die Zahl der Gallensteinkranken variirt zwischen 12 bis 15,5% aller von mir in je einer Saison behandelten Kranken und der Irrthum wird wohl kein sehr grosser sein, wenn ich annehme, dass sich in diesen Gränzen die Zahl der jährlich hier zur Behandlung kommenden Fälle von Cholelithiasis bewegt.

Krankengeschichten.

1. Herr B. aus Pest, 52 J. alt, war im Winter v. 72—73 zum ersten Male in K. u. zw. angeblich wegen Leberleiden und Gelbsucht; im Juni 73 kam er zum zweiten Male hieher und in meine Behandlung. Der sehr abgemagerte und tief ikterisch gefärbte Kranke schilderte mir sein Leiden und die häufigen Colikanfälle in so charakteristischer Weise, dass sich die Diagnose: Cholelithiasis, eigentlich von selbst ergab.

Der Kranke klagte über Appetitlosigkeit, hartnäckige Verstopfung, constanten Schmerz in der Lebergegend (der sich bei jedem Colikanfalle steigerte und dann gegen den Magen hin, und in die rechte Schulter ausstrahlte), Eigenommenheit des Kopfes, Schlaflosigkeit, Trockenheit im Munde, heftigen Durst, häufiges Harndrängen, allgemeine Schwäche und melancholische Gemüthsstimmung; die grösste Qual bereitete ihm ein unerträgliches Hautjucken, das gleichzeitig mit dem Ikterus aufgetreten war. Die Untersuchung ergab: gesunde Lungen, schwache, aber reine Herztöne, Leber colossal vergrössert, hart, schmerzhaft; Milz vergrössert und empfindlich (der Kranke hatte wiederholt an Wechselfieber gelitten). Der ganze Unterleib aufgetrieben und namentlich in beiden Hypochondrien sehr schmerzhaft. Urin gallig gefärbt, enthält nebst Spuren von Eiweiss 2,6% Zucker.

Der Kranke war, wie gesagt, so heruntergekommen, dass

ich ihn nur geringe Mengen Brunnen trinken liess: ich verschaffte ihm aber durch einige Dosen Ricinusöl und durch Eingiessen grosser Mengen lauwarmen Wassers per anum reichliche Defäcation, und dadurch allein schon eine bedeutende Erleichterung, und hatte der Kranke in der ersten Woche nur leichte, rasch vorübergehende Koliken; in der 2. Woche exacerbiten sie in der heftigsten Weise, mit gleichzeitigen vehementen Schmerzen in der rechten Nierengegend, nach vorn ausstrahlend bis in die Leistengegend, die Hoden und sogar bis in den rechten Oberschenkel. Ich wendete alle erdenklichen Mittel an, um die Schmerzen zu lindern; aber alles vergebens; nur Eispillen (die der Kranke mit Gier schluckte und die wenigstens einigermassen das constante Erbrechen milderten), so wie heisse Bäder waren die einzigen Mittel, die, wenn auch nur vorübergehend, eine Pause in dieser schrecklichen Qual zu Wege brachten. So dauerte der Zustand 54 Stunden, bis allmälig ein Nachlass dieser stürmischen Erscheinungen eintrat und der Kranke in einen Zustand von Erschöpfung verfiel, den ich als Vorläufer des lethalen Endes betrachtete. Nur mit Mühe konnte man ihm einige Löffel Wein beibringen, selbst zum Schlingen schienen die Kräfte nicht mehr auszureichen; gleichwohl liess ich den Versuch stündlich, und mit immer besserem Erfolge wiederhohle, bis er in ruhigen Schlaf verfiel. Am nächsten Tage entleerte der Kranke unter mässigen Schmerzen ziemliche Mengen Urin und einen erbsengrossen, maulbeerartigen, braunen Stein. (Harnsaures Concrement.) Die Schmerzen in der Nierengegend waren nur noch unbedeutend, die in der Leber dauerten fort, und hatten einen mehr bohrenden Charakter. Insofern war aber doch eine kleine Besserung zu constatiren, als der Kranke stundenlang ruhig schlafen konnte und die wenige Nahrung, die er nahm, bei sich behielt.

Nun liess ich ihn wieder 3mal täglich je einen halben Becher Mühlbrunn trinken und in den folgenden 8 Tagen allmälig bis auf 3 ganze Becher steigen. Der Ikterus hatte während der ganzen Zeit eher zu- als abgenommen, und es war — nach der Localität und Art des Schmerzes — ziemlich sicher, dass ein oder mehrere Concremente im Ductus choledochus eingeklemmt liegen und einen vollkommenen Gallenabschluss bewirken.

In den 4 Wochen hatte der Kranke wieder eine heftige, 3 Tage lang dauernde Kolik, die mit einem Male nachliess, so

dass der Kranke, wie er sagte, seit Monaten zum ersten Male frei aufathmen konnte. Der Stuhl blieb noch 2 Tage angehalten und erfolgte erst auf eine reichliche Wasserinjection. In den Faeces fanden sich zwei haselnussgrosse Gallensteine, die zum Theile mit einer gelben, dünnen Schichte — ein Niederschlag, der sich wohl erst im Ductus choled. gebildet hatte — überzogen waren.

Von da ab erholte sich der Kranke ziemlich rasch, und als er Karlsbad nach 8-wöchentlichem Aufenthalte verliess, war er vollkommen schmerzfrei, der Icterus und das Hautjucken hatte sich verloren, ebenso der Zuckergehalt im Urin, der noch bis in die 7. Woche als Spur nachzuweisen war. Die Leber war nahezu normal und auch der Milztumor war kleiner geworden. —

Im nächsten Jahre (Juli) kam Herr B. wieder und erzählte, dass er im Laufe des verflossenen Jahres noch mehrere Kolikanfälle gehabt und wiederholt erbsengrosse Steinchen gefunden habe; seit Anfang des Jahres war er frei von Anfällen und scheinbar auch vollkommen gesund; das einzige, worüber er noch zu klagen hatte, war Neigung zur Verstopfung, eine leichte Erregbarkeit und mitunter zumeist 2—3 Stunden nach Tisch, das Gefühl von Druck in der Lebergegend. Im Urin keine Spur von Zucker. Eine leichte, 3-wöchentliche Kur genügte, um ihn von den ebenerwähnten Beschwerden zu befreien. Er kam noch zweimal (1875 und 1876) zur Kur hieher, wie er sagte, aus Vorsicht und Dankbarkeit und erfreut sich seitdem einer ungestörten Gesundheit.

Als Curiosum möchte ich noch erwähnen, dass zwei ältere Brüder desselben gleichfalls wegen Gallensteinen wiederholt in Karlsbad gewesen sind.

II. Frau R. aus Breslau, Witwe und Mutter mehrerer Kinder kam im Oktober 1873 zum ersten Male nach Karlsbad, u. z. wegen Cholelithiasis. Die Kranke, 46 Jahre alt, hat ausser an habitueller Verstopfung seit Jahren an heftigen Schmerzanfällen gelitten, die als Magenkrampf behandelt wurden, bis im letzten Halbjahr nach jedem Anfalle vorübergehend Icterus eintrat, und zur Richtigstellung der Diagnose führte. Die Kranke klagte ausserdem über eine Reihe von Beschwerden, die mir den Verdacht auf Diab. mel. nahelegten, und die vorgenommene Harnuntersuchung ergab 4% sac harum. Die Kranke hatte während ihres damaligen Aufenthaltes wiederholte schwe-

re Gallenkoliken durchgemacht und mehrere erbsengrosse Steine entleert. Sie ist seitdem alljährlich in K., aber nicht wegen der Gallensteine, von denen schon seit Jahren nichts mehr zu merken ist; sondern wegen des Diabetes m., der seine ursprünglich milde Form beibehält, und auf das Allgemeinbefinden der Kranken bisher ohne wesentlichen Nachtheil geblieben ist.

III. Fr. K. aus S., 55 J. alt, litt seit 15 Jahren an chron. Dünndarmcatarrh und periodischer Migräne; seit einer unbestimmten Reihe von Jahren bekam sie wiederholt Anfälle, die als Magenkrampf bezeichnet wurden, jedenfals aber Gallensteinkoliken gewesen sind. Die stets gut genährte Kranke begann in den klimakterischen Jahren colossal viel Fett anzusetzen, so dass ihr das Athmen erschwert und das Gehen sehr sauer wurde. Im Winter von 1873—74 hatte sie die erste ausgesprochene, schwere Gallenkolik und ist seitdem alljährlich hier zum Kurgebrauche gewesen. Im Sommer 1878 kam die Kranke zum erstenmale in meine Behandlung und gab an, dass die chron. Diarrhöe und ebenso die Leberschmerzen (?) durch den mehrjährigen Gebrauch von Karlsbad allerdings erheblich gebessert wurden; dass sich aber seit einem Jahre ein anderes qualvoles Leiden eingestellt habe, das sie aus Scham bisher verheimlicht hat, nämlich ein unerträgliches Jucken in der Schooss. (Wie die Inspection ergab: Pruritus vulvae).

Meine weiteren Fragen bezügl. vermehrten Durstes und häufigen Harnlassens, etwaiger Schwächezustände etc. wurden bejahend beantwortet und die darauf hin vorgenommene Urinuntersuchung (5 2% Zucker) setzte das Vorhandensein eines diab. mell. ausser Zweifel. Entsprechende Diät und der Kurgebrauch brachten den Zuckergehalt und selbstverständlich auch die anderen diabet. Symptome rasch zum Schwinden. Der Fall stellte sich als ein leichter heraus und ist es bis heute auch geblieben; durch einige Monate und namentlich bei strenger Diät bleibt der Urin nach der Karlsbader Kur ganz zuckerfrei; dann zeigt er sich allmälig wieder, und schwankt bei ihrer Wiederkunft zwischen 2—3%; die allgemeine Ernährung leidet dabei scheinbar gar nicht; ab und zu treten auch die Gallenkolikeon wieder auf, aber ebenfalls in sehr milder Form; es handelt sich wohl um ein grösseres Concrement, das bis in den Blasenhals gelangt und bald wieder in die Blase zurückfällt. —

IV. Ein Fall, der eigentlich nicht hieher gehört und

den ich nur aus einem bestimmten, später zu erörternden Grunde hier anreihe.

Herr K. aus Wien consultirte mich im Jahre 1874; er litt seit 3 Monaten an Gastro-duodenalcatarrh mit consecutivem Icterus und unerträglichem Hautjucken, das ihm jede, auch die Nachtruhe raubte und eine so hochgradige psychische Verstimmung hervorrief, dass der Kranke, wie er mir nachträglich gestand, mit Selbstmordgedanken kämpfte. Auch bei diesem Kranken wurde ich durch einzelne Symptome zur Untersuchung des Harnes auf Zucker veranlasst und fand 3·1% saccharum.

Mit der Besserung des Magen-Darm-Catarrhs und dem allmäligen Rückgange des Icterus, nahm auch der Zuckergehalt im Urin ab und war mit Ende der 4. Woche ganz geschwunden. Nach sechswöchentlicher Kur war der Kranke vollkommen gesund und seine Gemüthsstimmung heiter und glücklicher, denn je zuvor.

V. Herr F., Advocat aus Dresden kam im August 1873 wegen Adipose und Gicht zum 1. Male nach Karlsbad. Bei der 1. Consultation zeigte mir Patient einen Gallenstein von der Grösse und der Form einer mittelgrossen Kastanie, der ihm 8 Tage vor seiner Hieherkunft abgegangen war; er hat niemals Beschwerden gehabt, die auf Gallensteine hätten schliessen lassen; ebenso fehlten alle Symptome, die in der Regel beim directen Durchbruch der Cholelithen in den Darm beobachtet werden.

Ueber den Abgang des Concrementes theilte mir Hr. F. mit, dass er eines Morgens den Drang zur Entleerung verspürte, ohne dass die wiederholten Versuche zu einem Resultate geführt hätten, bis er endlich merkte, dass ein Hinderniss vorliege, dessen Entfernung ihm trotz Drücken und Drängen nicht gelang; er rief nun seine Frau, die mittelst einer Haarnadel den im After eingezwängten Körper entfernte.

Ich habe den Stein, der eine braune, wie polirte Oberfläche hatte, zersägt. Im Centrum war ein erbsengrosser Kern von schwarzgrauen amorphen, lose an einander hängenden Kernchen, daran stossend eine breite, gelbliche schimmernde Schichte mit strahligem Gefüge, die von zwei deutlich getrennten (eine innere hellere und die äussere, dunkelbraune — Corticalis) dünnen Schichten begrenzt waren.

VI. Frau S. aus Barmen, 50 J. alt, noch menstruirt, von kräftigem Körperbau, in der Ernährung etwas heruntergekom-

men, hat 10mal entbunden und soll abgesehen vom Magenkrampf, an dem sie periodisch seit 19 Jahren (zum 1. Male nach einer Entbindung) leidet, stets gesund gewesen sein. Vor 3 Jahren bekam sie in Folge einer heftigen Gemüthsaffection einen Krampfanfall, der fast eine ganze Nacht dauerte und auf welchen Icterus gefolgt war; ein pro consilio zugezogener Arzt stellte die Diagnose auf Gallensteine und rieth zu einer Kur in Karlsbad; die Kranke wollte sich dazu nicht entschliessen, bis die Anfälle im letzten Halbjahr immer häufiger und heftiger wurden. Am 1. Juli 1880 kam die Kranke hier an und consultirte mich; die Untersuchung ergab ausser grosser Empfindlichkeit in der Gegend der Gallenblase und einer geringen Anschwellung der Leber nichts Besonderes. In den ersten 3 Wochen der Kur hatte die Kranke zwei leichte Kolikanfälle, von mässigem, rasch vorübergehendem Icterus gefolgt. Am 22. Tage bekam sie eine ausserordentlich heftige Kolik mit den gewöhnlichen Begleiterscheinungen, die 4 Tage (von Freitag bis Montag) dauerte und nur vorübergehend durch Morphiuminjectionen gemildert wurde; die Leber, enorm angeschwollen reichte bis in die quere Nabellinie herab und war überall, namentlich im l. Lappen sehr schmerzhaft. Temperatur schwankte von 39.6–40·6 C. Am 3. Tage Paraplegie des rechten Armes und soporöser Zustand, der fast 24 Stunden dauerte, bis endlich Montag früh, sit venia verbo die Krisis eintrat. Das Sensorium wurde allmälig freier, die Schmerzen waren geringer und von anderer Art, (Die Kranke hatte das Gefühl, als ob sie innerlich wund wäre) und es stellte sich stundenlager, ruhiger Schlaf ein; am selben Tage zeigte sich auch die Menstruation.

Am nächsten Tage (Dienstag) als ich die Kranke zur gewohnten Stunde besuchte, verlangte sie auf den Nachtstuhl gehoben zu werden und bald darauf hörte ich einen festen Körper an den im Nachtstuhl befindlichen Topf anschlagen; bei der sofort vorgenommenen Besichtigung fand ich in der geringen, dünnflüssigen Entleerung einen Gallenstein von der Form eines kleinen Taubeneies.

Bei einem Gewichte von 4·87 Grammen

war der Längendurchmesser 2·5 Ctm.
„ „ Breitedurchmesser 2·0 Ctm.
„ „ Dickendurchmesser 1·8 Ctm.

Die Reconvalescenz ging sehr langsam vor sich und es

dauerte noch volle 14 Tage, bis die Temperatur zur Norm herabging und der tiefdunkle Icterus allmälig zu verblassen begann.

Der rechte Arm war schon nach 8 Tagen wieder functionsfähig; dagegen war die Leber noch erheblich geschwollen und schmerzhaft, als die Kranke von hier abreiste.

VII. Frau W. aus Ottensen consultirte mich im August 1876; sie hatte bereits durch 4 Wochen wegen Gallensteinen die Cur gebraucht, wie sie glaubte, ohne jeden Erfolg und war dadurch, sowie durch constante Schmerzen in der Leber so deprimirt, dass sie jede Hoffnung auf Besserung aufgab und nach Hause reisen wollte. Die tief icterische Kranke klagte über anhaltenden, dumpfen Schmerz in der Leber, Appetitlosigkeit, Uebelkeit und besonders über anhaltende Stuhlverstopfung. Die Untersuchung ergab eine stark angeschwollene, sehr empfindliche Leber. Die ziemlich gut genährte Kranke, die sich auf mein Zureden zur Fortsetzung der Cur entschloss, hatte anfänglich Mühlbrunn, später 5 Becher Sprudel täglich getrunken und da sie das Quantum gut vertrug, hatte ich keinen Grund an dieser Ordination etwas zu ändern; ausserdem verordnete ich täglich ein heisses Bad (32° R.) von halbstündiger Dauer und Eingiessungen von lauwarmem Mühlbrunn; erst am 4. Tage trat reichliche Defäcation, gleichzeitig aber auch eine Zunahme der Schmerzen, Erbrechen, kurz eine intensive Gallenkolik ein, die 18 Stunden dauerte und plötzlich aufhörte; die Kranke hatte dabei das Gefühl, als ob sich ihr etwas im Leibe losgerissen hätte.

Am folgenden Tage liess ich eine reichliche Wassereingiessung machen und die Entleerungen untersuchen, das erstemal erfolglos; dagegen wurden in der 2. Entleerung (circa 40 Stunden nach Aufhören der Kolik) 2 runde Steine gefunden, von denen der eine die Grösse einer Haselnuss hatte, der andere war etwas kleiner; beide hatten eine höckerige Oberfläche, die durch Auflagerung auf den eigentlichen Stein gebildet war; ob hinterher noch Steine abgegangen sind, wurde nicht constatirt.

VIII. Graf B., 50 J. alt, kam im December 1878 nach Karlsbad und in meine Behandlung. Vor einigen Wochen war er auf der Durchreise in Hamburg plötzlich erkrankt; der herbeigerufene Arzt diagnosticirte Cholelithiasis und veranlasste den Kranken, sobald er reisefähig war, direct von dort nach Karlsbad zu gehen.

Patient, gross gewachsen, mit kräftigem Knochenbau, gegenwärtig sehr heruntergekommen, soll seit seiner Kindheit an schlechter Verdauung (schwachem Magen) und an Neigung zur Diarrhoe gelitten haben; gegenwärtig besteht eher Neigung zur Verstopfung; er war wegen Leberanschwellung wiederholt in Karlsbad gewesen, ohne dass an das Vorhandensein von Cholelithen gedacht worden wäre. Die erste deutliche Gallenkolik trat, wie gesagt, vor wenigen Wochen ohne alle Veranlassung auf und wiederholte sich hier in den ersten 3 Wochen mehrmal, immer mit geringer Intensität und kurzer Dauer. Anfang der 4. Woche bekam der Kranke eine sehr heftige Kolik mit 2-tägiger Dauer, von intensivem Icterus gefolgt; diesem Anfalle folgten in kurzer Zeit noch zwei andere schwächere Attaquen, die scheinbar den Beschluss bildeten und von stetig zunehmender Besserung gefolgt waren. Concremente wurden trotz sorgfältiger Untersuchung nicht gefunden.

Im September 1879 war Graf B. zum zweiten- und im Juni 1880 zum drittenmale in Karlsbad; nach der ersten Cur hatte er noch vereinzelte, schwache Kolikanfälle, aber sein Wohlbefinden ist nie wieder in erheblicher Weise gestört worden. Er hat sein früheres Gewicht wieder erreicht, erfreut sich eines guten Appetits und hat ziemlich normale Excretion. Die Gemüthsstimmung — bereits in bedenklicher Weise alterirt — wurde wieder heiter und lebensfroh und was für den an eifrige Thätigkeit gewohnten Herrn am wichtigsten war: er hatte die verlorene Arbeitslust und Arbeitskraft wiedergewonnen. Dagegen ist die Gallenblasengegend auf Druck noch immer sehr empfindlich und etwa 2 Stunden nach eingenommener Mahlzeit hat er in der genannten Gegend häufig ein Gefühl von Druck und ein dadurch bedingtes allgemeines Unbehagen, das ungefähr eine Stunde dauert und sich allmählig wieder verliert.

IX. Herr L., Kaufmann aus H., kam Anfang Juni 1880 zum Curgebrauche hieher und in meine Behandlung.

Patient hat eine Reihe von Jahren in Amerika gelebt und angestrengt gearbeitet; dabei viel geraucht, wenig gegessen, ziemlich viel Spirituosen getrunken; er hat wiederholt Wechselfieber durchgemacht und neigt leicht zur Verstopfung. Seit 11 Jahren nach Europa zurückgekehrt, befand er sich leidlich wohl, nur hatte er ab und zu Magenkrämpfe, die er nicht besonders beachtete. Im Herbste 1878 ging er wieder

nach Amerika und brachte dort ein Jahr voll geistiger Aufregung und körperlicher Anstrengung zu. Im October 1879 kam er nach H. zurück und bot damals nach der Mittheilung seines Arztes folgenden Status: Gesicht gelblich, voll Akne pusteln, Appetit geschwunden, Stuhl mangelhaft, öftere und heftige Cardialgien, krankhaft gesteigerte Reizbarkeit; objectiv: grosse Empfindlichkeit des Epigastriums und Schwellung der Leber. Geeignete Behandlung soll den Zustand wesentlich gebessert haben und der Kranke wurde hieher geschickt, um von den Cardialgien befreit und namentlich um an ein passenderes, diätetisches Regime gewöhnt zu werden. Ich fand den Kranken ziemlich gut genährt, mit etwas broncirtem Teint und geringer icterischer Verfärbung der Sklera; die physikalische Untersuchung ergab mässige Schwellung der Leber und Milz.

Die Cur schien dem Kranken anfänglich gut zu bekommen; in der 2. Woche hatte er einen cardialgischen (?) Anfall, ich wurde zwar nicht gerufen; aber die ganze Schilderung des Anfalles schien mir auf eine Gallenkolik zu deuten; Icterus war nicht eingetreten. Zwei Tage später kam wieder ein Anfall, weit heftiger wie der erste; ich wurde gerufen und war nach kurzer Beobachtung überzeugt, dass es sich entschieden um eine Gallenkolik handle, und liess mich in meiner Ansicht nicht irre machen, obzwar auch diesmal kein Icterus eintrat. Der weitere Verlauf bestättigte aber meine Diagnose. Die Anfälle wurden immer häufiger und heftiger, und endlich konnte man auch nach jedem Anfalle deutlichen, innerhalb weniger Tage vorübergehenden Icterus constatiren. Ende der 5. Woche hörten die Anfälle auf und der Kranke verliess nach 7-wöch. Cur Karlsbad, anscheinend ganz gesund. Trotz genauer Untersuchung wurden Concremente nicht gefunden.

X. Frau M., Beamtensgattin aus Berlin, kam im Mai 1880 hieher u. z. auf Veranlassung ihrer Schwester, die hier eine Cur gegen ihr Gallensteinleiden mit gutem Erfolge gebraucht hatte. Ihre Beschwerden waren derart, dass man die Diagnose wohl auf Gastro intestinalcatarrh und ungenügenden Gallenabfluss, keineswegs aber mit Sicherheit auf Cholelithiasis stellen konnte, und doch war dem so. Die Kranke, die die sichere Ueberzeugung zu haben glaubte, sie leide an derselben Krankheit, wie ihre Schwester, untersuchte mit scrupulöser Genauigkeit ihre täglichen Ausleerungen und fand in der That

am 12. Tage des Curgebrauches — ohne dass eine eigentliche Colik vorausgegangen wäre — zwei linsengrosse Gallensteine und später noch mehrere, bis erbsengrosse, im Ganzen 12 Stück. Nach vierwöchentlicher Cur fühlte sich die Dame ganz frei von den Beschwerden, die ihre Hieherkunft veranlasst hatten.

XI. Frau F., die Gattin eines bekannten Arztes aus P., consultirte mich im Juni 1878; sie hatte bereits durch 14 Tage die Cur unter den Leitung eines inzwischen erkrankten Collegen gebraucht.

Die stark abgemagerte Kranke klagte über heftige lancinirende Schmerzen in der Tiefe des Magens und dem entsprechenden Theile des Rückens; die Verdauung war fast auf Null reducirt; sie erbrach sehr oft, und mitunter auch das Mineralwasser.

Der Stuhl war angehalten und konnte nur durch Drastica erzielt werden; erfolgte dann Entleerung, (Farbe: thonartig grau) so wurde das Befinden der Kranken nur noch schlechter und die Schmerzen bis zu Starrkrämpfen gesteigert; dabei bestand fast constanter Speichelfluss. Icterus wurde niemals beobachtet, wohl aber vorübergehend eine schwachgelbliche Verfärbung der Conjunctiva bulbi. Die physikalische Untersuchung ergab gar keine irgendwie verwendbaren Anhaltspunkte. Leber unter dem Rippenbogen zu tasten, nicht schmerzhaft Magengegend aufgetrieben, hart, sehr empfindlich; ein Tumor nicht zu tasten. Mit Bestimmtheit konnte nur ein vollkommener Verschluss des Ductus choledoch. constatirt werden; ich dachte wohl an die Möglichkeit von Cholelithiasis, fand aber keine genügende Begründung dafür; am wahrscheinlichsten schien es mir, dass es sich um ein Carcinom des Pancreas handle, und dem zufolge rieth ich der Kranken, die Cur abzubrechen und nach Hause zu fahren; dazu wollte sie sich aber durchaus nicht verstehen und setzte im Gegentheil die Trinkcur energisch fort, obgleich sie täglich elender und schwächer wurde; als sie endlich nach 5 wöchentlicher Cur abreiste, war sie bereits in einem solchen Zustande, dass ich fürchtete, sie würde kaum die Reise aushalten können. Zu meiner nicht geringen und geradezu freudigen Ueberraschung wurde ich einige Monate später von der vollkommenen Wiederherstellung dieser Dame in Kenntniss gesetzt. Die Rückreise hatte sie leidlich gut überstanden; aber ihr Zustand wurde bald darauf schlimmer, die Schmerzen unerträglich und nur

dadurch, dass dieselben einmal plötzlich nachliessen, wurde der College veranlasst, den Stuhl zu untersuchen und fand in der That Gallensteine, deren nach und nach eine grosse Anzahl entleert wurden; damit war auch der Weg zur Besserung angebahnt, die allmälig zur vollkommenen Wiederherstellung führte.

XII. Frau W. aus Wiesbaden, 37 Jahre alt, seit 8 J. Witwe, kam im Mai 1878 nach Karlsbad; angeblich früher stets gesund, nur an Verstopfung und Haemorrhoiden leidend, kränkelt sie seit dem vorigen Jahre, verlor den Appetit, theilweise auch den Schlaf und magerte immer mehr ab. Seit dem letzten Winter häufiges Erbrechen, heftiger Durst, zeitweilig Speichelfluss, hartnäckige Obstruction, fast täglich Haemorrhoidalblutungen und unerträgliches Hautjucken.

Status praesens: Kranke bis zum Skelett abgemagert, mit gelblichgrauer, trockener Haut. Brustorgane normal, Leber mässig geschwollen, Unterleib aufgetrieben, tympanitisch, selbst gegen leichten Druck empfindlich, Urin spärlich und concentrirt, frei von Albumin und Zucker.

Menses dreiwöchentlich, profus. Bei entsprechender Diät und durch eine vorsichtig gebrauchte Cur besserte sich der Magencatarrh zusehends, reichliche Wassereingiessungen beförderten die Defäcation und minderten die Blutungen; die Ernährung und mit ihr die Kräfte hoben sich und nach 6 Wochen konnte ich die Kranke als wesentlich gebessert entlassen. Gewichtszunahme 8 Pfd.

Im Juli 1879 kam die Kranke wieder, allerdings nicht in so desolatem Zustande, wie das Jahr zuvor, doch mit denselben Beschwerden, nur in weit minderem Grade, und während einer fünfwöchentlichen Cur verloren sie sich wieder vollständig.

An das Vorhandensein von Gallensteinen hatte weder ich noch der Hausarzt gedacht.

Anfang Juni 1880 kam die Kranke zum 3. Male hieher, und wenn auch einerseits schon das gute Aussehen derselben überraschte, wurde ich doch in viel höherem Grade überrascht, als mir die Dame eine Collection von Gallensteinen vorzeigte, die sie im letzten Winter verloren hatte. Einen hierüber erhaltenen schriftlichen Bericht lasse ich im Auszuge folgen:

„Anfangs August 1879 verliess ich Karlsbad und fühlte mich ganz wohl; anfangs September hatte ich eine heftige

Gemüthserregung und unmittelbar darauf ein Unbehagen und einen Druck in der Magengegend, der sich fast täglich um 3 Uhr Nachmittags wiederholte; auch das Jucken stellte sich wieder ein; dieser unangenehme Zustand dauerte bis Anfang November und wurde eines Tages so heftig, dass der Hausarzt gerufen werden musste, der den Verdacht auf Gallensteine aussprach, und die sorgfältige Untersuchung der Entleerungen anordnete; schon in den nächsten Tagen wurde eine Anzahl linsengrosser Steine gefunden. So ging es bald besser, bald schlechter bis zum 13. Dezember, wo ich bei Tage noch spazieren ging und in der Nacht plötzlich einen Schüttelfrost bekam und gleichzeitig rasende Schmerzen mit Würgen und Erbrechen; alle angewandten Mittel blieben ohne Erfolg und der qualvolle Zustand dauerte 3 Nächte und 2 Tage, bis die Schmerzen mit einem Male aufhörten und nur eine grenzenlose Mattigkeit und Abspannung zurückliessen. Die Gelbsucht war ziemlich bedeutend, dauerte aber nur einige Tage. Am 17. Nachmittag trat nach einem Lavement eine reichliche Entleerung ein, in der zwei haselnussgrosse und mehrere kleinere Steine gefunden wurden; in jeder weiteren Entleerung wurden kleine Steinchen und einzelne zerbröckelte Stücke gefunden und am 23., also 8 Tage nach dem Anfalle, wurde der letzte, mehr als haselnussgrosse Stein gefunden. Die Besserung ging bis zum Neujahrstage sehr langsam, von da ab aber sehr rasch vor sich und ich fühle mich nun wohler und kräftiger als seit Jahren —

Als ätiologische Momente der Cholelithiasis müssen wir jene pathologischen Vorgänge im Organismus betrachten, die eine Verlangsamung des Gallenabflusses in den Darm, eine Anhäufung der Galle in der Blase und eine Veränderung in dem Chemismus der Galle zur Folge haben. Durch den Catarrh der Gallenwege und dessen Weiterverbreitung auf die Blase werden selbstverständlich die obenerwähnten Störungen am ehesten zu Stande gebracht und in den meisten Fällen von Steinbildung ist ein Catarrh die unmittelbare Ursache. Der Beweis hiefür ist allerdings schwer zu erbringen, abgesehen von den Fällen, wo der Catarrh vom Duodenum auf die Gallengänge übergeht und durch den consecutiven Icterus leicht zu erkennen ist, dürfte es ziemlich schwer sein, einen Catarrh des galleführenden Apparates mit Sicherheit festzustellen; besonders dann, wenn er sich nur auf einzelne Parthien be-

schränkt und von geringer Intensität ist; und doch ist diese Erklärung für die Bildung von Cholelithen die natürlichste und am meisten befriedigende. Die vielfachen, anderen Ursachen, die zur Steinbildung führen, sind oft nur mittelbare Ursachen, die zunächst einen Catarrh der Schleimhäute und erst dadurch jene Störungen herbeiführen, die eine Steinbildung ermöglichen und begünstigen. Daneben gibt es allerdings auch Fälle von, ich möchte sagen, autochtoner Steinbildung, bedingt durch die allerdings unerlässliche, aber nicht durch Catarrh bewirkte Alteration des Gallenchemismus.

Nicht als directe aetiologische, wohl aber als praedisponirende Momente betrachte ich: 1. Das Geschlecht, 2. Lebensstellung und Lebensweise, 3. ein gewisses Lebensalter, 4. Gemüthsaffecte, 5. Habituelle Obstruction, 6. Adipose.

ad 1. Da bei dem weiblichen Geschlechte unbestritten die Mehrzahl der Erkrankungen vorkömmt, so scheint die Annahme gerechtfertigt, dass es zur Bildung von Gallensteinen mehr disponirt, als das männliche Geschlecht. Diese Praedisposition scheint aber nur zum geringen Theile in der geschlechtlichen Function, sondern mehr in der Lebensweise begründet; allerdings ist es richtig, dass sehr häufig die Kolikanfälle mit der eintretenden Menstruation zusammenfallen und dass viele Frauen mit Bestimmtheit erklären, den ersten Anfall während oder kurz nach einer Schwangerschaft gehabt zu haben, dagegen sind die mehr sitzende Lebensweise, der Mangel an activer Bewegung und die dadurch bedingte, bei Frauen so überaus häufige Verstopfung (die während der Schwangerschaft noch gesteigert wird), der durch Schnüren und Binden direkt auf die Leber ausgeübte Druck, und nicht zum wenigsten die erhöhte Reizbarkeit und die nachhaltige Einwirkung von Gemüthsaffectionen viel näher liegende und wahrscheinlichere Gründe für die häufigere Erkrankung des weibl. Geschlechts.

ad 2. Die Lebensstellung und Lebensweise sind gewiss von grossem Einflusse auf den normalen Ernährungsprocess und selbstverständlich auch auf die intercurrirenden Störungen. Unter den von mir behandelten 263 männlichen Kranken waren nach den verschiedenen Ständen gerechnet:

Geistliche	39
Professoren und Lehrer	55
Beamte	46
Officiere	24

Aerzte	16
Kaufleute	36
Oekonomen	19
Rentiers	28

Daraus geht wieder zur Genüge hervor, dass sitzende Lebensweise, geistige Anstrengung, vielleicht auch gesteigerte Zufuhr kräftiger Nahrung ohne vollkommene Verarbeitung und Verwerthung derselben zur Bildung von Gallenconcrementen Anlass geben.

Dass die Lebensweise ein nicht zu unterschätzender Factor bei der Bildung von Gallensteinen ist, geht indirekt daraus hervor, dass die Krankheit vorzugsweise bei den besseren Ständen vorkömmt und bei der Landbevölkerung und der arbeitenden Classe verhältnissmässig selten. Ich praktizirte, bevor ich mich in Karlsbad niederliess, 5 Jahre in Saaz, und hatte namentlich eine ausgedehnte Landpraxis; während dieser ganzen Zeit habe ich bloss 4 Fälle von Cholelithiasis behandelt, u. z. bei 3 Frauen in der Stadtpraxis und bei einem Pfarrer auf dem Lande.

Von den 24 Officieren, deren ich oben erwähnte, gehörten 16 der Cavallerie, 8 verschiedenen anderen Waffengattungen an und ich hebe dies deshalb hervor, weil gewichtige Stimmen auch das Reiten als Causalmoment der Cholelithiasis anführen. —

ad 3. Nach meinen Beobachtungen ist es für Frauen das Alter von 30—50 J., für Männer das von 40—60 J., in dem Cholelithiasis am häufigsten vorkömmt; mit anderen Worten: in diesem Alter sind die Bedingungen zur Erkrankung am zahlreichsten vorhanden; die Gründe sind nach dem bereits gesagten so naheliegend und einleuchtend, dass ich sie nicht zu recapituliren brauche.

Ueber das 60. J. hinaus sind mir nur verhältnissmässig wenige Fälle zur Beobachtung gekommen; zunächst weil auch die Gallensteinkranken der für alle Menschen geltenden Durchschnittsziffer der Lebensdauer unterliegen; ferner weil die Krankheit doch nur selten erst in so vorgerücktem Alter zum Vorschein kömmt und sich die Kranken dann nicht so leicht zu einer Badereise entschliessen.

ad 4. Viele Kranke datiren ihr Leiden von einer heftigen Gemüthsbewegung; richtig ist dabei wohl nur, dass eine heftige Erregung den ersten Kolikanfall herbeigeführt hat, und

dass die Concremente sebstverständlich schon früher dagewesen sind; ein Körnchen Wahrheit liegt aber gleichwohl in dieser Annahme; denn jeder Arzt weiss, welchen Einfluss Gemüthsaffecte auf die Galle bereitenden und führenden Organe haben; wie oft sehen wir nach Schreck, Aerger, Eckel u. s. w, plötzlich Icterus auftreten und damit ist ja auch gleichzeitig die Möglichkeit zur Veranlassung einer Concrementenbildung gegeben. —

ad 5. Es ist allerdings schwer, die Beziehung zwischen Stuhlverstopfung und Gallensteinbildung bis zur Evidenz festzustellen, wenn es auch eine unläugbare, empirische Thatsache ist. Es fiel mir nämlich auf, dass die meisten Kranken, die an Gallensteinen leiden, auch gleichzeitig über hartnäckige Verstopfung klagen, mit der ganz bestimmten Angabe, dass die Verstopfung schon Jahre lang bestand, ehe die ersten Symptome der Cholelithiasis sich zeigten. In den letzten 3 Jahren habe ich genaue Aufzeichnungen darüber gemacht und gefunden, dass unter 327 Gallensteinkranken 241 an langjähriger, hartnäckiger Verstopfung, 32 bloss ab und zu an Verstopfung, 11 an chronischer Diarrhöe litten, während 43 angeblich normale, tägliche Entleerungen hatten. Der mögliche Einfluss andauernder Verstopfung auf die Bildung von Gallenconcrementen lässt sich in doppelter Weise erklären. Der mit Faecalmassen überfüllte Dickdarm übt einen constanten Druck auf die Gallenblase aus, der einerseits vielleicht Contracturen der Blase und Entleerung des Inhalts, unter gewissen ungünstigen Verhältnissen aber auch das Gegentheil bewirken und materielle Veränderungen innerhalb der Blase hervorbringen kann, die ihrerseits im weiteren Verlaufe zur Bildung von Cholelithen führen. —

Eine zweite, viel wahrscheinlichere Erklärung liegt im Gebrauche der durch die Verstopfung bedingten Abführmittel. In der Regel machen solche Kranke die ganze Scala der Purgantien, von den mildesten bis zu den stärksten durch, und diese letzteren sind es, die durch langjährig fortgesetzten Gebrauch, namentlich in den oberen Darmparthien eine Reizung und schliesslich eine catarrhal. Schwellung der Darmschleimhaut hervorrufen, die sich in der Regel vom Duodenum auf die Gallenwege und bis in die Blase fortpflanzt und so lentescirend auch der ganze Vorgang sein mag, im Laufe der Zeit

wird und muss er eine solche Veränderung der Galle hervorbringen, die die Vorläuferin der Cholelithenbildung ist.

ad 6. Ich habe Cholelithiasis ausserordentlich häufig bei solchen Personen beobachtet, die gleichzeitig an übermässiger Fettentwicklung leiden oder wenigstens früher sehr fett gewesen sind; man findet Cholelithiasis natürlich auch bei mageren Menschen sehr häufig; dann muss man aber wohl beachten, ob die Kranken nicht erst in Folge ihres Leidens so herunter gekommen sind.

Die Adipose ist an und für sich schon eine Ernährungsstörung, und gibt den Anstoss zu einer Reihe anderer Ernährungsstörungen; am häufigsten zur harnsauren Diathese, zur Gicht und zum Diabet. mellitus; ebenso hat nach meiner Ansicht die Adipose einen wesentlichen Einfluss auf die Cholelithenbildung; die übermässige Fettentwicklung führt zur Ablagerung von Fett in das Leberparenchym und zu Circulationsstörungen im ganzen Körper und speciell in der Leber; hiedurch wird sowohl die Gallenbereitung, als auch die normale Abfuhr der Galle beeinträchtigt und damit ist schon der erste Anstoss zur Concrementenbildung gegeben. Ferner: wenn man auch nicht wenigstens von v orn herein, von einer eigentlichen zur Gallensteinbildung disponirenden Diathese sprechen kann: so lässt sich doch anderseits nicht verkennen, dass eine fehlerhafte Blutmischung, wie sie gerade bei Adipose zu Stande kömmt, einzelne Gallenbes tandtheile in überwiegender, das normale Verhältniss störender Weise absetzen kann; diese können dann nicht mehr in Lösung erhalten werden und fallen als feste Körper aus der Verbindung aus, an die sich dann weitere Niederschläge ansetzen.

Die Cholelithiasis kömmt aber auch häufig combinirt mit anderen Ernährungsstörungen vor, und aus diesem Umstande könnte man doch auf einen gewissen Causalnexus schliessen, der allerdings von vielen und bedeutenden Aerzten in Abrede gestellt wird. Als häufigste Combination fand ich Nierengrie s und Nierensteine u. z. bei 42 Fällen; Melliturie in 15, Diabet. mellitus in 9, Gicht in 14 Fällen.

Nr. 1. der Krankengeschichten illustrirt die seltene Combination von Cholelithiasis, calculi renal. und Melliturie; Nr. 2. und 3 schildern Combination von Cholelith. und Diab. mell. und Nr. 4 habe ich mitgetheilt, um zu zeigen, dass auch bei Icterus catarrhal. Melliturie vorkommen kann; ich gedenke in

einer späteren Publication auf diese Combinationen und deren Erklärung zurückzukommen; für dieses Mal registrire ich bloss die Facta.

Bevor ich von der Elimination der Steine spreche, wird es gut sein, erst über Form und Grösse einiges zu bemerken. Die Grösse der Steine variirt bekanntlich fast eben so wie die Form; ich habe Gallensteine von der Gröse eines Hanfkornes bis zu der einer wälschen Nuss gesehen. Am häufigsten sehen wir die kleineren Steine, weil sie am leichtesten und raschesten abgehen und ich bin der Ansicht, dass es überhaupt nur unter den denkbar ungünstigsten Verhältnissen zur Bildung sehr grosser Concremente kömmt; weil sobald ein oder mehrere kleine Concremente sich gebildet haben, das physiologische Bestreben eintritt, den oder die Fremdkörper zu eliminiren u. z. meist mit Erfolg.

Eine grosse Anzahl der Concremente hat Crystallform u. z. entweder die wirkliche Crystallform als Tetraëder (meist reine Cholestearincrystalle) oder nur scheinbare Crystallform, d. h. die Steine besitzen regelmässige Facetten und Ecken, die durch Druck oder Reibung aneinanderliegender Concremente gebildet wurden; hieran schliesst sich die runde Form, die auch sehr häufig beobachtet wird, und entweder länglichrund (oval) oder kugelförmig sein kann; andere Formen kommen selten zur Beobachtung; zu erwähnen wäre noch der Gallengries oder Gallensand, und der Vollkommenheit wegen, der Abgang verdickter, zäher Galle, die mitunter als theerartige Streifen oder ganze Klumpen in den Ausleerungen gefunden und durch die chemische Analyse als mehr oder minder reine Gallenausscheidungen constatirt werden.

Die Elimination der Gallenconcremente kann wohl auf mehrfache Weise erfolgen; in den allermeisten Fällen geschieht es auf den praeformirten Bahnen. Meine, in dieser Beziehung gemachten Erfahrungen, so reich sie auch sind, leiden jedenfalls, zum Glück für meine Kranken, an einer gewissen Einseitigkeit, da sie nur am Krankenbette gesammelt sind, und der ergänzenden Beobachtungen am Secirtische entbehren. Ich kann also nur sagen, dass in allen Fällen, wo ich den Durchgang der Steine selbst beobachtet habe, alle Sympto e dafür gesprochen haben, dass der oder die Steine den Duct. choledochas passirt haben; in dieser Richtung kann, glaube ich, nicht der geringste Zweifel bestehen; denn gerade der Durchgang

durch den Duct. choledochus ist von so charakteristischen und unfehlbaren Erscheinungen begleitet, dass eine andere Erklärung hiefür ganz undenkbar ist. Das Durchzwängen grosser Steine durch den Duct. choledochus ist allerdings eine Seltenheit; jedenfalls aber nicht so selten oder gar unmöglich, wie dies von manchen ärztl. Autoritäten angenommen wird. Das grösste Concrement, das, so zu sagen, unter meinen Augen alle Phasen des natürlichen Abganges durchgemacht hat, ist der in Nr. 6 der Krankengeschichten erwähnte Stein, und wer den Fall mit Aufmerksamkeit gelesen hat, wird keinen Augenblick darüber im Zweifel sein, dass der Stein wirklich auf gewöhnliche Weise abgegangen ist.

Als Pendant zu Nro. VI. will ich kurz folgenden Fall mittheilen aus der Praxis unseres verehrten Seniors, Hofrath Dr. Ritter v. Hochberger, der mir in liebenswürdiger Weise die Veröffentlichung des Falles gestattete und wofür ich ihm an dieser Stelle nochmals meinen Dank ausspreche.

Ein kräftiger Herr in den 30-ger Jahren kam wegen Cholelithiasis hieher und wurde von Dr. Hochberger behandelt. Nach kurzem Kurgebrauche trat eine heftige Gallenkolik ein, die ohne Unterbrechung 8 Tage dauerte und mit intensivem Icterus verbunden war. Am 7. Tage konnte Dr. Hochberger bei der Abendvisite noch keinen Nachlass der Symptome constatiren; am nächsten Morgen erzählte der Kranke, dass der Schmerz in der Nacht plötzlich aufgehört habe; dafür war eine allgemeine Erschöpfung eingetreten, die trotz aller Reizmittel nach wenigen Tagen das lethale Ende herbeiführte. — Dr. Hochberger machte die Section und fand im unteren Drittheil des Duodenums einen über haselnussgrossen, im Anfangstheile des Jejunums einen noch viel grösseren (wie das erste Daumenglied) Gallenstein; absolut keine Perforation, keine Spur eines peritonitischen Exsudats. Das Diverticulum Vateri war so ausgedehnt, dass er mit dem kleinen Finger eingehen und durch den bis auf $\frac{3}{4}$" im Lichten erweiterten Duct chol. und durch den ebenfalls erweiterten Duct. cyst. bis in die Gallenblase gelangen konnte; auch der Duct. hep. war ansehnlich erweitert und enthielt verdickte Galle.

Dieser ebenso interessante als instructive Fall illustrirt auf's deutlichste, welch' enormer Ausdehnung, nicht nur die Ausführungsgänge, sondern auch das als Locus maximae resistentiae verrufene Divertic. Vateri fähig sind, und schlisst, da durch

den Augenschein das Fehlen einer Perforationsöffnung und eines allfälligen peritonitischen Exsudats constatirt wurde, jeden Zweifel über die Art des Durchtrittes der gefundenen Steine aus.

Concremente von der Grösse eines Taubeneies und darüber bleiben in der Blase liegen, ohne besondere Beschwerden, als höchstens das Gefühl der Unbehaglichkeit oder eines Druckes in der Gallenblasengegend, hervorzurufen. Sie können mit der Zeit durch fortgesetzten Druck auf einen bestimmten Theil der Blase Usur derselben und wenn durch eine reactive Entzündung eine Anlöthung dieser Stelle mit dem Darm zu Wege gebracht wird, einen Durchbruch in den Darm bewerkstelligen und so eliminirt werden. Der ganze Prozess ist ein so eingreifender, dass er nur höchst selten ohne stürmische Begleiterscheinungen verlaufen wird.

Der von mir als Nr. V. erwähnte Fall ist, so weit mir die einschlägige Literatur bekannt ist, ein Unicum, beweist aber doch die Möglichkeit eines abnormen Gallensteindurchbruches ohne Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens.

Dass dieser abnorme Durchbruch grosser Concremente häufiger vorkömmt, als man glaubt, gebe ich gerne zu, obzwar ich selbst ihn niemals beobachtet habe.

Der Symptomencomplex bei der Cholelithiasis ist in den meisten Fällen ein so prägnanter und conformer, dass die Diagnose mit Sicherheit gestellt werden kann, bevor man Concremente findet und selbst, was auch häufig passiren kann, wenn man sie gar nicht findet.

Die Symptome können aber auch der Art sein, dass man sie eben so gut auf ein anderes Leiden (Neuralgien, ulc. rotundum, selbst intermittens oder febr. recurrens u. s. w.) beziehen kann, ohne sich grade crasser Unwissenheit schuldig zu machen; doch wird es bei aufmerksamer und längerer Beobachtung, fleissiger Untersuchung und genauer Aufnahme der anamnestischen Daten sehr oft gelingen, auch in solchen Fällen die Schwierigkeit der Differenzialdiagnose zu überwinden. Es gibt aber auch Fälle (Siehe Nr. XI und XII der Krankengeschichte), wo es fast unmöglich ist, die Diagnose auf Gallensteine zu stellen und zu begründen. (Blosses Errathen heisst nichts wissen.) Und doch haben eben die beiden erwähnten Fälle so viel Uebereinstimmendes und näher betrachtet, auf Cholelithiasis hinweisendes, dass ich in Zukunft bei ähnlichen

Fällen jedenfalls an die Möglichkeit einer Cholelithiasis als Grundleiden denken werde und so wie man von larvirtem Wechselfieber spricht, könnte man solche Fälle larvirte Cholelithiasis nennen.

Die Fälle Nr. VIII und IX habe ich deshalb mitgetheilt, um zu zeigen, dass man selbst nach den schwersten Koliken nicht immer Concremente findet und halte ich diesen Umstand, wie schon gesagt, für die Feststellung der Diagnose für irrelevant. Es kann selbst bei sorgfältigster Untersuchung vorkommen, dass man die abgegangenen Concremente nicht findet, wenn die Untersuchung nicht lange genug und bei jeder Entleerung stattfindet.

Vor dem 2. Tage nach abgelaufener Kolik ist an ein Auffinden von Concrementen nicht zu denken und die Untersuchungen müssen 5—6 Tage festgesetzt werden; dass dies nur in solchen Fällen möglich ist wo der Kranke für längere Zeit freiwillig oder unfreiwillig ans Zimmer gefesselt bleibt, ist selbstverständlich. Auf den Icterus und dessen diagnostische Bedeutung, die übrigens vielfach überschätzt wird, näher einzugehen, ist hier nicht am Platze; nur will ich hervorheben, dass das Fehlen derselben uns noch lange nicht berechtigt, das Vorhandensein von Concrementen zu bezweifeln, wenn andere Symptome hinreichend dafür sprechen.

In zwei Fällen von Gallenkoliken mit intensivem Icterus habe ich cholämische Intoxication constatiren können; der Symptomencomplex ist derselbe, wie bei Urämie. Wiederholt sah ich auch bei schweren Koliken Lähmungserscheinungen am rechten Arm eintreten, von der einfachen Energielähmung bis zur vollkommenen motorischen Lähmung, während die sensitive Sphäre dabei stets intact blieb. Derartige Motilitätsstörungen sind nie von langer Dauer und erfordern zu ihrer Beseitigung kein energisches, therapeutisches Einschreiten.

Die Gallenblase ist in den meisten Fällen, vorausgesetzt, dass in den Hautdecken nicht zu viel Fett abgelagert ist, tastbar; oft auch als deutlicher, mehr weniger praller, beweglicher Tumor zu fühlen, der selbstverständlich nach Abgang der Concremente und Entleerung der verhaltenen und verdickten Galle wieder verschwindet: eine Thatsache, die gerade hier in Karlsbad sehr häufig constatirt wurde. Die Leber ist in der Regel etwas angeschwollen und empfindlich; eine Incarceration der Concremente im Duct. cystic. hat nur wenig Einfluss auf das

Volumen der Leber; dagegen führen Incarcerationen im Duct. choled., namentlich wenn sie von langer Dauer sind und den Gang vollkommen absperren, stets zur Anschwellung der Leber, die nur zum Theile durch den gehinderten Gallenabfluss, mehr noch durch die gleichzeitige passive Hyperämie des Organs bedingt wird.

Cholelithiasis kömmt ausserordentlich häufig vor, gestattet aber im Allgemeinen eine günstige Prognose; nur selten und unter den ungünstigsten Verhältnissen wird sie zu einem lethalen Ende führen.

Eine vollständige Heilung ist in sehr vielen Fällen zweifellos zu erzielen, u. z. um so sicherer, je früher die Diagnose richtig gestellt wird, je kleiner und je geringer an Zahl die Concremente sind und je mehr darauf hingewirkt wird, die, eine Concrementenbildung begünstigenden Momente zu beseitigen.

Bezüglich der Therapie werde ich mich auf wenige Bemerkungen beschränken.

Es hiesse Eulen nach Athen tragen, wollte ich Collegen gegenüber von dem Nutzen der Alkalien, der alkalischen und speciell der alkalisch salinischen Wässer bei Cholelithiasis sprechen. Von einem directen Einfluss unserer Wässer auf die Gallensteine und deren eventuelle Auflösung oder Arrodirung kann wohl nicht gut die Rede sein, wenigstens lässt sich diese Annahme wissenschaftlich nicht rechtfertigen; dagegen ist es ausser Zweifel, dass dieselben in erster Reihe ein unübertreffliches Corrigens bei fehlerhafter Gallenbereitung sind, den Abgang zäher, verdickter Galle beschleunigen und dadurch allerdings indirekt die Fortschaffung der Steine bewerkstelligen. Es ist eine Erfahrungssache, dass die Kranken, nachdem sie 6—8 Tage getrunken haben, Kolikanfälle bekommen, die mit der Zeit an Intensität zunehmen und in der Regel den Abgang der Steine zu Folge haben.

Die allgemeinen und wichtigsten Indicationen erfüllt man durch Regelung der Diät, Sorge für regelmässige Leibesöffnung (milde Abführmittel, Wassereingiessungen; drastica zu vermeiden) und genügende Bewegung in frischer Luft; gutes Trinkwasser, 1—2 Liter pro Tag, ist ebenfalls sehr zu empfehlen.

Die Koliken erfordern je nach ihrer Intensität und der Individualität des Kranken zwar eine verschiedene, immer aber nur eine symptomatische Behandlung.

Die Kolik ist das natürliche Bestreben einen Fremdkör-

per aus dem Organismus zu entfernen; dass dieser Vorgang mit heftigen Schmerzen verbunden ist, liegt in der Natur der Sache, und es kann nur unsere Aufgabe sein, die Schmerzen, falls sie excessiv werden, zu mildern und gegen etwaige gefahrdrohende Erscheinungen einzuschreiten.

Das die Koliken in der Regel begleitende Erbrechen ist die Wirkung eines Reflexreizes, der eben so lange dauert als die Incarceration, und daher wohl eine vorübergehende Milderung (am Besten durch Eispillen) aber keine vollkommene Behebung gestattet. Gegen die Schmerzen versuche ich zunächst trockene oder nach Umständen feuchte Wärme; in einzelnen Fällen wirkt die Kälte, in Form von Eisbeuteln, sehr gut; als ultimum refugium betrachte ich die Narcotica u. z. zunächst das Morphium, dessen Gebrauch leider in Missbrauch ausgeartet ist. Ob die Anwendung der Narcotica retardirend auf die Austreibung der Concremente wirkt, ist eine offene Frage, die nach meiner Ansicht viel Wahrscheinlichkeit für sich hat; auf alle Fälle wäre es sehr zu wünschen, dass schon mit Rücksicht auf die sich immer mehr häufenden Fälle von Morphiumsucht die Anwendung dieses vielbegehrten Giftes möglichst eingeschränkt werden möchte.

Bei lange anhaltenden Koliken und gleichzeitigen Circulationsstörungen in der Leber, die sich durch enorme Anschwellung und Schmerzhaftigkeit des Organs kundgeben und durch Temperatursteigerung die Befürchtung einer Entzündung der leidenden Theile oder deren nächsten Umgebung erregen, ist die Application einer genügenden Zahl von Blutegeln an die Lebergegend und an den After dringend zu empfehlen.

Druck von Rohlíček und Sievers in Prag. 1881.